MÉMOIRES D'OPHTALMOSCOPIE

CHORIO-RÉTINITE

SPÉCIFIQUE



PAR

LE D[r] J. MASSELON

PREMIER CHEF DE CLINIQUE DU PROFESSEUR DE WECKER

Avec 12 dessins photographiques

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1883

CHORIO-RÉTINITE SPÉCIFIQUE

Les observations ophtalmoscopiques prennent surtout de l'intérêt lorsqu'on peut les répéter à de longs intervalles sur le même malade et suivre ainsi l'évolution d'une affection au début de laquelle on a assisté; on est alors frappé des transformations de l'image ophtalmoscopique qui se succèdent sur le même œil et des modifications que montrent des dessins pris après plusieurs mois ou plusieurs années. Nous avons pu faire une semblable étude sur un certain nombre de malades et en particulier chez des sujets atteints de chorio-rétinite spécifique. Il nous a ainsi été possible de nous convaincre que cette dernière affection, lorsque sa marche n'était pas enrayée, aboutissait à des altérations offrant des types fixes et déterminés, parfaitement reconnaissables, quoique susceptibles de se combiner entre eux. C'est ce que nous nous sommes proposé d'exposer dans ce travail que nous avons fait suivre de dessins choisis parmi les cas les plus démonstratifs que nous avons pu recueillir.

Il importe tout d'abord de distinguer dans la chorio-rétinite spécifique une forme *aiguë* et une forme *chronique*, la première susceptible de disparaître sans laisser de traces appréciables, et la seconde ne pouvant s'arrêter sans qu'il persiste des altérations indélébiles compromettant à un degré variable l'exercice de la vision.

CHORIO-RÉTINITE SPÉCIFIQUE AIGUË

L'image de la chorio-rétinite spécifique aiguë est trop bien connue, surtout depuis le travail classique de Fœrster, pour que nous ayons à y insister. Ici le diagnostic s'établit aisément grâce à la

présence dans le corps vitré de fins flocons en pointillé, en poussière, et à l'existence d'un voile causé par la perte de transparence de la rétine occupant le pourtour de la papille ou se concentrant parfois aussi sur la région de la macula. A part cela, aucune autre altération ne peut être saisie dans le fond de l'œil, sinon un état de réplétion plus ou moins marqué du côté des veines (voy. les pl. I, III, VII, IX, XI). De l'intensité du trouble rétinien, capable parfois de masquer presque complètement les limites de la papille et de confondre celle-ci avec les parties voisines, il n'y a aucune conclusion à tirer sur la marche ultérieure de l'affection. A cette période elle est toujours susceptible de se dissiper en laissant les membranes profondes sensiblement intactes. En outre, si la chorio-rétinite ne doit pas rétrograder, rien non plus ne peut faire prévoir quelle tournure particulière prendra l'affection et quelles lésions se montreront plus spécialement lorsqu'elle entrera dans la phase chronique.

CHORIO-RÉTINITE SPÉCIFIQUE CHRONIQUE

Les images ophtalmoscopiques que l'on rencontre dans la chorio-rétinite spécifique chronique sont des plus variées, ainsi qu'on en peut juger d'après les dessins que nous publions et qui se rapportent pour un grand nombre à cette période de la maladie. Si l'affection se concentre plus spécialement dans la choroïde, l'image rappellera celle de la choroïdite ; si elle se localise surtout dans les couches externes et dans la charpente cellulaire de la rétine, on observera des altérations plus ou moins semblables à celles de la dégénérescence pigmentaire de la rétine; enfin les vaisseaux rétiniens peuvent souffrir particulièrement et être atteints de telle façon que leur solidité se trouve compromise et que des hémorrhagies presque constamment suivies d'une dégénérescence fibreuse apparaissent. Mais dans tous les cas les membranes nerveuse et vasculaire sont simultanément affectées, quoique à un degré variable, et l'image ophtalmoscopique emprunte à cette extension de l'inflammation des caractères qui permettent d'en reconnaître la nature.

Des altérations à peu près communes à toutes les formes de chorio-rétinite spécifique chronique sont celles que l'on observe du côté de la papille et du corps vitré. Pour ce qui concerne ce dernier, on constate qu'à cette période les opacités fines du début ont souvent en grande partie, ou complètement, disparu et sont fréquemment remplacées par quelques rares flocons volumineux. Ordinairement, on rencontre à la fois ces deux ordres d'opacités nageant dans le corps vitré. Quant à la papille, elle ne se débarrasse pas du nuage rétinien qui en voilait les limites et les vaisseaux centraux s'amincissent à un degré variable. En général son tissu perd sa transparence ; elle se décolore en prenant une teinte d'un blanc grisâtre ou jaunâtre sale, mais sans affaissement de son niveau (atrophie jaune de Fœrster). Toutefois ces altérations, du côté de la papille, peuvent être dans quelques cas assez minimes, mais alors le signe dont on reconnaît le plus aisément la présence est le halo péripapillaire.

Si l'état de la papille est souvent peu différent à la période chronique de la chorio-rétinite spécifique, il n'en est pas de même de l'aspect que présentent les membranes profondes, et on ne peut admettre que l'on applique une désignation commune pour caractériser des images aussi dissemblables. Aussi pensons-nous, d'après la classification que nous avons été amené à faire des nombreux cas que nous avons observés et suivis, qu'il convient d'ajouter à l'expression de *chorio-rétinite spécifique chronique*, les qualifications suivantes : a) *pigmentaire*, — b) *disséminée*, — c) *atrophique*, — d) *fibreuse*, — e) *centrale*, que l'on appliquera suivant les altérations prédominantes, attendu que ces diverses formes ne se montrent pas en général avec une pureté parfaite, et peuvent se présenter simultanément sur le même œil.

a) *Forme pigmentaire.*

L'aspect du fond de l'œil rappelle de près ou de loin la dégénérescence pigmentaire de la rétine. Comme dans cette dernière affection, on observe une atrophie jaune de la papille à un degré variable de développement ; parfois les artères montrent une

sclérose très marquée de leurs parois et, avec le double liséré blanc des artères se prolongeant plus ou moins loin, on constate une décoloration intense de la papille.

Les mêmes petites taches noires déchiquetées, étoilées, indices d'une attraction de pigment dans la rétine par rétraction cicatricielle, propres à la rétine pigmentaire, s'observent dans la forme de chorio-rétinite qui nous occupe, mais sans affecter une répartition aussi régulière et surtout aussi abondante que le présentent les cas typiques. Tandis que, dans la dégénérescence pigmentaire, les taches de pigment souvent groupées plus particulièrement le long des vaisseaux, se montrent d'autant plus abondantes que l'on considère des points plus périphériques ; ces mêmes taches, dans la chorio-rétinite spécifique, susceptibles aussi d'affecter un semblable rapport avec les vaisseaux, sont habituellement réparties plus spécialement sur tel ou tel point du fond de l'œil. Dans quelques cas même une portion très circonscrite de la rétine est le siège d'une accumulation de pigment. En outre, si les taches pigmentées sont abondantes, on observe que nombre de ces taches s'éloignent du type caractéristique de la rétine pigmentaire ; sur quelques points ce sont des taches noires plus ou moins volumineuses, arrondies ou de formes variées, sur d'autres ce sont des altérations qui se rapprochent beaucoup plus de celles de la choroïdite disséminée, des plaques blanches où la choroïde a plus ou moins disparu et où l'on voit du pigment accumulé sur le bord ou dans la continuité de la partie décolorée.

Comme exemple de chorio-rétinite spécifique chronique à forme pigmentaire, nous présenterons l'observation résumée suivante, qui se rapporte aux planches I et II.

M. B..., employé, 38 ans, montre à droite, en janvier 1882, avec emmétropie, une acuité de $\frac{1}{6}$. L'autre œil est intact. Sur l'œil malade existe une ancienne chorio-rétinite observée en mars 1872, et dont le dessin, pris à cette époque, est représenté planche I. L'infection syphilitique avait eu lieu quelques mois auparavant, et le traitement mercuriel interne d'abord institué fut remplacé par une série de frictions. Actuellement (janv. 1882, pl. II), la papille

décolorée offre cependant encore une teinte légère d'un rose sale. Elle est diffuse sur ses bords; toutefois l'anneau sclérotical se voit assez nettement du côté temporal. Les veines semblent seulement un peu plus fines qu'à l'état normal, mais les artères sont manifestement amincies et surtout très pâles. Ces dernières sont toutes plus ou moins bordées d'un liséré blanc sur la papille et jusqu'à une distance de plus d'un diamètre papillaire. A leur origine elles ne laissent voir qu'une fine ligne rouge occupant le centre du vaisseau, et en haut (image renversée) une branche est même tout à fait blanche.

Les taches de pigment accumulées à la périphérie présentent, les unes l'aspect particulier de celles de la rétinite pigmentaire, tandis que les autres se rapportent sans aucun doute à la choroïdite, avec atrophie choroïdienne dans certains points. A part les taches noires à forme rétractée propres à la dégénérescence pigmentaire, on voit du côté nasal des taches de pigment plus ou moins régulièrement arrondies; sur d'autres points, elles affectent la forme d'un fer à cheval. Du côté du corps vitré, on ne retrouve plus de fines opacités, mais un flocon volumineux persiste.

b) *Forme disséminée.*

Dans cette variété nous rencontrons des taches avec les divers aspects propres à la choroïdite disséminée. Ce sont, en général, des plaques blanches formées par la sclérotique presque dénudée, offrant pour la plupart une accumulation de pigment, soit à la périphérie, soit au centre; quelques éléments choroïdiens, en particulier les vaisseaux, peuvent aussi sur quelques points avoir échappé à la destruction. Mais ce qui est particulier à la forme spécifique, c'est le rapport qu'affectent les altérations avec les vaisseaux rétiniens. Il est remarquable de voir comment sur le trajet de certains vaisseaux, et surtout le long des veines, qui normalement rampent en général plus profondément, les foyers de choroïdite se succèdent en chapelet. Parfois le pigment des plaques choroïdiennes se continue le long des parois veineuses pour les engaîner. Notons aussi qu'il est rare qu'on ne rencontre pas çà

et là quelques petites taches noires déchiquetées analogues à celles de la dégénérescence pigmentaire, démontrant encore la pénétration du pigment dans la trame rétinienne.

En général, les signes d'atrophie du côté de la papille sont moins accusés que dans la forme précédente et les vaisseaux centraux peuvent avoir conservé un diamètre voisin de la normale. Toutefois il existe toujours un léger voile recouvrant les limites papillaires.

La planche IV offre un exemple de chorio-rétinite spécifique chronique à forme disséminée. Voici en quelques mots l'observation relative à ce dessin.

M. L..., 40 ans, manouvrier, a été atteint d'accidents syphilitiques primitifs au commencement de 1871. En février 1872, il se présente pour une double chorio-rétinite spécifique. L'état de l'œil droit à cette date est rendu planche III. Toute autre manifestation syphilitique ayant disparu, et le malade ne voulant pas se soumettre aux frictions mercurielles, on prescrit l'emploi de pilules de sublimé. A gauche l'affection a complètement guéri, mais à droite, en mars 1880, le malade ne peut compter les doigts au-delà de deux mètres. A cette époque (pl. IV) on constate une décoloration marquée de la papille droite qui offre une teinte grisâtre avec contours indécis, particulièrement du côté nasal. Les vaisseaux ne semblent guère avoir changé de volume, à part quelques branches artérielles qui paraissent cependant légèrement amincies. De nombreuses taches de choroïdite sont surtout groupées à la périphérie. Ces plaques de choroïdite, dont l'évolution semble terminée, ainsi que l'indique la netteté de leur dessin, sont formées, les unes de taches blanches avec pigmentation légère à leur périphérie, affectant une forme variée et résultant d'une destruction plus ou moins complète de la choroïde, les autres de taches foncées, conséquence d'une accumulation variable de pigment. Parmi les premières, certaines laissent voir encore des groupes de vaisseaux choroïdiens parallèles. Quant aux secondes, quelques-unes se distinguent par leur petit volume et leur forme déchiquetée, rappelant ainsi les taches de la dégénérescence pigmentaire de la rétine. Un phénomène remarquable est le

rapport que montrent nombre de ces diverses taches avec les vaisseaux centraux. Le long de la plupart des branches veineuses on voit certaines plaques disposées en séries avec continuation du pigment sur les parois du vaisseau.

c) *Forme atrophique.*

L'atrophie choroïdienne propre à la chorio-rétinite spécifique ne se montre pas d'emblée par la disparition graduelle des éléments choroïdiens, elle est précédée d'une variété de choroïdite toute particulière, caractérisée par l'apparition de petites taches de forme plus ou moins arrondie, à peu près d'égal volume, et réunies par groupes, rappelant la disposition des manifestations cutanées de la syphilis; ces taches dépourvues de toute pigmentation sont blanchâtres, légèrement rosées ou jaunâtres. Après avoir persisté quelque temps, cette *choroïdite éruptive* s'efface insensiblement, pour faire place à une atrophie lente de la choroïde. De nouveaux groupes de taches choroïdiennes, se montrant successivement dans le voisinage du point occupé par la première éruption, l'atrophie de la choroïde s'étend peu à peu pour couvrir une étendue plus ou moins considérable du fond de l'œil, mais en laissant persister quelques vestiges de la trame choroïdienne et en particulier des groupes de vaisseaux. Çà et là on rencontrera de petites taches noires à prolongements en étoile formées de pigment ayant migré dans la rétine.

De même que dans la forme précédente où les altérations prédominantes siégaient dans la choroïde, l'atrophie de la papille et le voile de ses limites sont souvent médiocrement prononcés. Les vaisseaux centraux peuvent aussi n'avoir que faiblement souffert en ce qui regarde leur calibre.

La planche VI, qui représente une chorio-rétinite spécifique chronique à forme atrophique et qui montre en outre un foyer de dégénérescence fibreuse de la rétine, dont nous nous occuperons tout à l'heure, siégeant dans la région de la macula, se rapporte à une malade que nous avons suivie depuis 1877. Voici les points intéressants de cette observation :

Madame F..., 37 ans, couturière, s'est présentée la première fois en 1877, pour une chorio-rétinite spécifique récente de l'œil droit avec image tout à fait caractéristique et analogue aux planches I et III. Des accidents secondaires existaient encore du côté de la gorge. Malgré un emploi prolongé du sirop de Gibert, en novembre 1879, on constate (pl. V) une éruption de petites taches exsudatives blanchâtres d'égale dimension, occupant la choroïde et agglomérées par groupes au-devant desquels passent les vaisseaux de la rétine. Au voisinage de quelques-unes de ces taches se trouvent plusieurs traînées d'atrophie choroïdienne. La papille, légèrement pâle, présente des limites quelque peu diffuses. Quelques mois plus tard une vaste hémorrhagie se produit dans la région de la macula.

En mars 1881, examinant de nouveau la malade, nous relevons le dessin représenté planche VI. L'hémorrhagie a complètement disparu et est remplacée par une plaque gris-bleuâtre de texture fibreuse occupant la rétine, avec accumulation de pigment sur quelques points de ses bords. Sur cette plaque rampe un petit vaisseau rétinien. Pâleur de la papille dont les bords sont quelque peu indistincts. Du côté des vaisseaux, on note seulement un léger amincissement des artères. Le voisinage de la papille et le segment inférieur du fond de l'œil (image renversée) sont le siège d'une atrophie de la choroïde. Du côté temporal, on voit encore persister de nombreux vaisseaux choroïdiens et au voisinage de la partie atrophiée existe un groupe de petits foyers de choroïdite éruptive. Partout on rencontre des taches pigmentaires dont un grand nombre présentent nettement les caractères d'une immigration de pigment dans la rétine. Du pigment est çà et là amassé le long des vaisseaux rétiniens. Nombreux flocons fins du corps vitré n'altérant pas sensiblement la netteté de l'image. La malade ne peut plus que compter les doigts à 20 centimètres.

La planche XII se rapporte aussi à la forme atrophique, mais les altérations se sont localisées sur la région de la macula. Nous y reviendrons plus loin.

d) *Forme fibreuse.*

De même que dans la variété précédente, les altérations qui caractérisent cette forme ne se développent pas primitivement, mais sont la conséquence de lésions transitoires. Ici ce sont des hémorrhagies successives qui, après leur disparition définitive, laissent persister une dégénérescence fibreuse de la rétine susceptible de s'étendre dans le corps vitré et d'y proéminer à un degré variable (rétinite proliférante de Manz).

Certaines chorio-rétinites spécifiques montrent en effet cette particularité qu'à un moment donné de leur développement elles affectent subitement une tendance aux hémorrhagies. Les apoplexies occupant seulement la rétine, ou le plus souvent faisant aussi irruption dans le corps vitré, se répètent pendant un certain temps, mais généralement ne disparaissent que pour laisser dans les points atteints, des plaques ou des traînées celluleuses dont on peut bien étudier la structure lorsque le corps vitré s'est suffisamment éclairci et que la rétine s'est également débarrassée du sang épanché. Nombre de fois le sang s'échappe de la papille même qui alors reste définitivement cachée, en partie ou en totalité, par les productions fibreuses.

Il existe donc des cas, au cours de la chorio-rétinite spécifique, où il se développe une telle friabilité des vaisseaux et de la membrane nerveuse que le sang rompt aisément les parois vasculaires et désorganise la rétine et le corps vitré, à ce point que de véritables cicatrices s'établissent dans les points lésés. Ce mode de terminaison des épanchements sanguins ne se rencontre pas exclusivement dans la chorio-rétinite spécifique, on l'observe également dans certaines formes d'apoplexies rétiniennes. La présence d'autres altérations concomitantes du fond l'œil permet seulement d'en établir l'origine syphilitique.

La dégénérescence fibreuse de la rétine et du corps vitré présente des caractères bien distincts. Les productions celluleuses s'accusent sous la forme de traînées d'un blanc grisâtre ou légèrement bleuâtre à texture striée. Lorsqu'elles siègent uniquement dans la rétine,

ce que révèle le rapport qu'affectent avec elles les vaisseaux rétiniens (voy. pl. VI), elles offrent l'aspect de plaques à bords incurvés se perdant insensiblement dans les parties saines et montrant çà et là sur leur limite, dans le cas où la cause est syphilitique, des taches pigmentées. Si la dégénérescence fibreuse a en outre envahi le corps vitré (voy. pl. VIII) et recouvre par conséquent les vaisseaux rétiniens, elle est constituée par un enchevêtrement de traînées celluleuses incurvées qui, situées dans des plans différents, se recouvrent et s'enlacent pour arriver à circonscrire des anneaux ou des arcades tout à fait caractéristiques. L'étude du déplacement parallactique permettra de juger d'après le chemin parcouru par les productions fibreuses relativement au reste de l'image, du degré de proéminence dans le corps vitré des parties observées.

La dégénérescence fibreuse ne s'observe pas comme *unique* altération du fond de l'œil dans la chorio-rétinite spécifique. A part la pigmentation du bord des plaques dégénérées, on rencontre encore des taches pigmentaires, ou autres, propres à cette affection et en particulier la migration du pigment le long des vaisseaux rétiniens.

La planche VI n'est pas seulement un exemple de chorio-rétinite spécifique chronique à forme atrophique, elle appartient aussi à la variété qui nous occupe par la plaque de dégénérescence fibreuse limitée à la rétine, siégeant dans la région de la macula.

Un cas se rapportant plus particulièrement à la forme fibreuse est celui que montre la planche VIII. Voici succinctement l'observation relative à cette planche :

M. Z..., 48 ans, employé à la Cie du gaz, contracta la syphilis en 1872. Double iritis remontant à avril 1873, ayant entraîné peu à peu la perte complète de toute vision à droite par irido-choroïdite et suivie à gauche de chorio-rétinite spécifique. La planche VII montre le fond de cet œil gauche en juillet 1873. Le traitement fut le suivant : frictions mercurielles, puis sirop de Gibert. Sur l'œil gauche, nous avons vu, au cours de la chorio-rétinite, se produire à diverses reprises des hémorrhagies qui, parties de la papille, occupaient la rétine et le corps vitré.

En mai 1881 (pl. VIII), l'humeur vitrée s'est éclaircie au point qu'il ne persiste plus que quelques rares flocons, et on trouve $V = \frac{1}{2}$ avec emmétropie. Aux hémorrhagies s'est substituée une dégénérescence fibreuse occupant à la fois la rétine et le corps vitré, comme le prouve le rapport des vaisseaux rétiniens avec les arcades fibreuses. Pigmentation siégeant çà et là sur le bord des traînées celluleuses. Plusieurs vaisseaux sont enveloppés de pigment et se dessinent sous l'aspect de lignes noires ramifiées. On trouve aussi des amas arrondis de pigment réunis en groupe. Une plaque irrégulièrement ovalaire d'atrophie choroïdienne, bordée en partie de pigment, se montre au-dessous (image renversée) du foyer de dégénérescence fibreuse. Le point occupé par la papille ne peut être distingué, mais se devine derrière les arcades celluleuses d'après le point de convergence des vaisseaux rétiniens, car il ne faudrait pas prendre pour la papille la partie libre ovalaire située au centre de la dégénérescence fibreuse, cet ovale ne différant en rien par sa coloration de reste du fond de l'œil et les vaisseaux que l'on y voit le traversant sans s'y arrêter.

e) *Forme centrale.*

La forme centrale, toujours accompagnée d'une forte dépréciation de la vue et de la présence d'un scotome central nettement défini, est caractérisée par l'apparition sur la région de la macula d'un foyer de choroïdite susceptible de se présenter sous deux aspects différents; aussi faut-il distinguer dans la forme centrale : 1° une variété *exsudative;* 2° une variété *atrophique.*

1° La forme *centrale exsudative* atteint le plus ordinairement les deux yeux. On voit, à part les altérations habituelles du côté de la papille, apparaître, dans le point occupé par la macula, un dessin, d'abord mal limité, noirâtre, irrégulier, plus accentué par places; puis le pigment se condense, en laissant çà et là des points plus clairs qui tranchent par contraste.

La planche X est un exemple de chorio-rétinite spécifique à forme centrale, exsudative.

Le nommé N..., 60 ans, marchand de grains, a été atteint de la syphilis au commencement de 1881. Une chorio-rétinite spécifique double est apparue en décembre de la même année, alors qu'il portait encore des accidents cutanés de la syphilis. La planche IX montre le fond de l'œil à cette date. En dépit d'un traitement d'injections sous-cutanées de peptonate de mercure régulièrement suivi, la vision est tombée à ce point qu'il ne peut compter les doigts, en avril 1882, au-delà de 2 mètres à droite et de 1 mètre 50 à gauche; un scotome central existe de chaque côté. Les deux yeux se montrent à l'ophtalmoscope sous un aspect tout à fait analogue. Du côté gauche, le plus atteint (pl. X), la papille offre une coloration d'un blanc grisâtre sale, avec légère teinte à peine rosée; ses bords sont absolument diffus. Les artères sont amincies, et les vaisseaux ne deviennent nets qu'à une certaine distance de la papille, plus d'un diamètre papillaire. Petits flocons caractéristiques du corps vitré; quelques-uns cependant assez volumineux. Malgré cet état de l'humeur vitrée, l'image se montre déjà nette sur la région de la macula et les parties périphériques sont d'une précision sensiblement parfaite. Sur la macula se voit une accumulation de pigment entremêlée de taches plus claires d'un gris jaunâtre.

2° La forme *centrale atrophique*, que nous désignons ainsi parce que l'atrophie devient de bonne heure la *lésion prédominante*, attirant tout d'abord l'attention, se distingue par le développement sur la macula d'une destruction plus ou moins marquée de la choroïde; mais là encore, comme dans la forme atrophique décrite plus haut, l'atrophie choroïdienne ne se montre pas immédiatement. Elle est toujours précédée d'une éruption de petites taches (voy. p. 9) qui disparaissent plus ou moins promptement pour faire place à une perte des éléments de la choroïde, s'étendant progressivement, mais sans toutefois se répandre ici d'une façon diffuse. Là encore nous trouvons, sur la plaque blanchâtre résultant de la dénudation de la sclérotique, la persistance de quelques vaisseaux choroïdiens, et aussi de petites taches noires retractées, conséquence d'une migration de pigment dans la rétine.

Un cas de chorio-rétinite spécifique à forme centrale atrophique est représenté planche XII.

Mme V..., 46 ans, couturière, a présenté, en juillet 1881, des manifestations syphilitiques du côté de la gorge et de la peau. En septembre est apparue sur chaque œil une iritis, puis, en novembre, une chorio-rétinite spécifique, dont le dessin, pour l'œil droit, se voit planche XI. Des injections sous-cutanées de peptonate de mercure et de pilocarpine ont été simultanément pratiquées. Plus tard le sirop de Gibert a été amplement employé. En octobre 1882, on ne trouve plus que quelques fines opacités dans les deux yeux, mélangées à droite à un petit nombre de flocons volumineux. L'œil gauche ne présente plus au fond d'altération appréciable avec l'ophtalmoscope et est revenu à peu près à son état antérieur (M. 11 $V = \frac{1}{4}$), car cet œil était toujours faible et plus myope que l'autre (strabisme divergent ancien). Mais à droite (pl. XII) la vision est tombée de telle façon que la malade ne peut compter les doigts que jusqu'à un 1 mètre. Scotome central irrégulier de 15° de rayon environ. La papille, quoique encore un peu rosée, est grisâtre, ses bords sont légèrement diffus. Les vaisseaux centraux sont amincis. Sur la région de la macula se trouve une grande plaque de choroïdite atrophique traversée par quelques gros troncs vasculaires de la choroïde ayant échappé à l'atrophie. Cette plaque est bordée par places de pigment et montre dans son étendue quelques points de pigment migré dans la rétine. Au voisinage on trouve plusieurs groupes de petites taches arrondies d'un rouge jaunâtre; de semblables taches se sont antérieurement montrées dans les points actuellement occupés par l'atrophie.

Afin d'être bien assuré que la transformation de l'image ophtalmoscopique, ainsi que les troubles progressifs de la vision, étaient bien la conséquence particulière, mais variée, que prend dans son cours la chorio-rétinite spécifique, nous n'avons rien négligé, étant donnée l'existence d'une infection syphilitique bien avérée, pour nous convaincre qu'aucun autre élément morbide ne pouvait intervenir dans la manifestation des effets de l'affection spécifique. Dans ce but, les organes centraux de la circulation, la

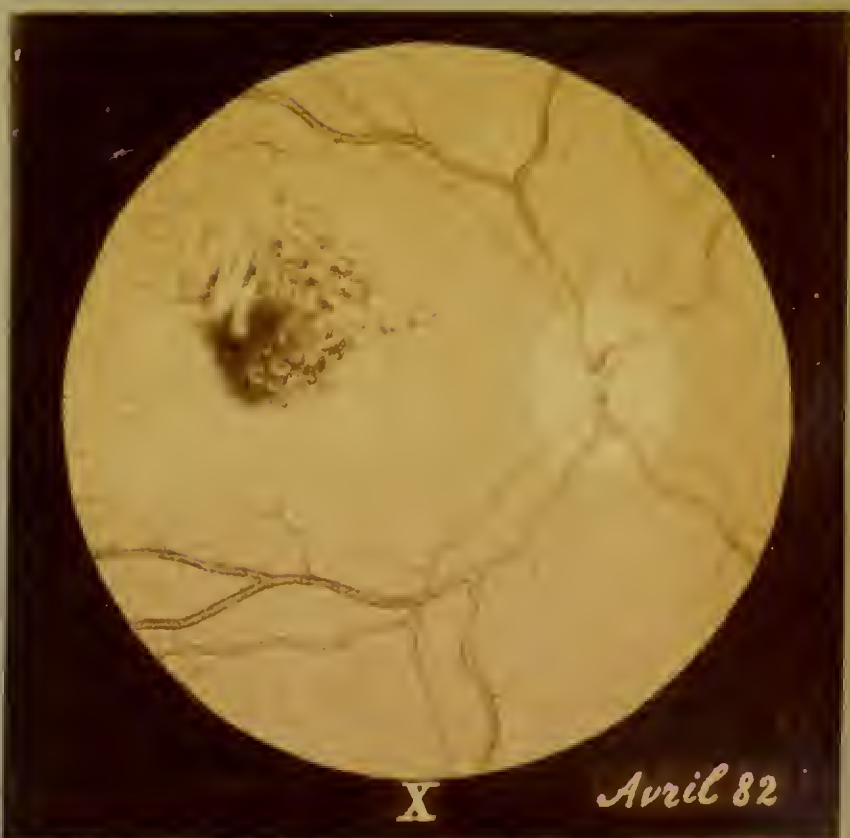
fonction des reins, ont été l'objet d'une surveillance constante, afin d'éviter toute confusion avec certaines formes de rétinites cardiaques ou néphrétiques.

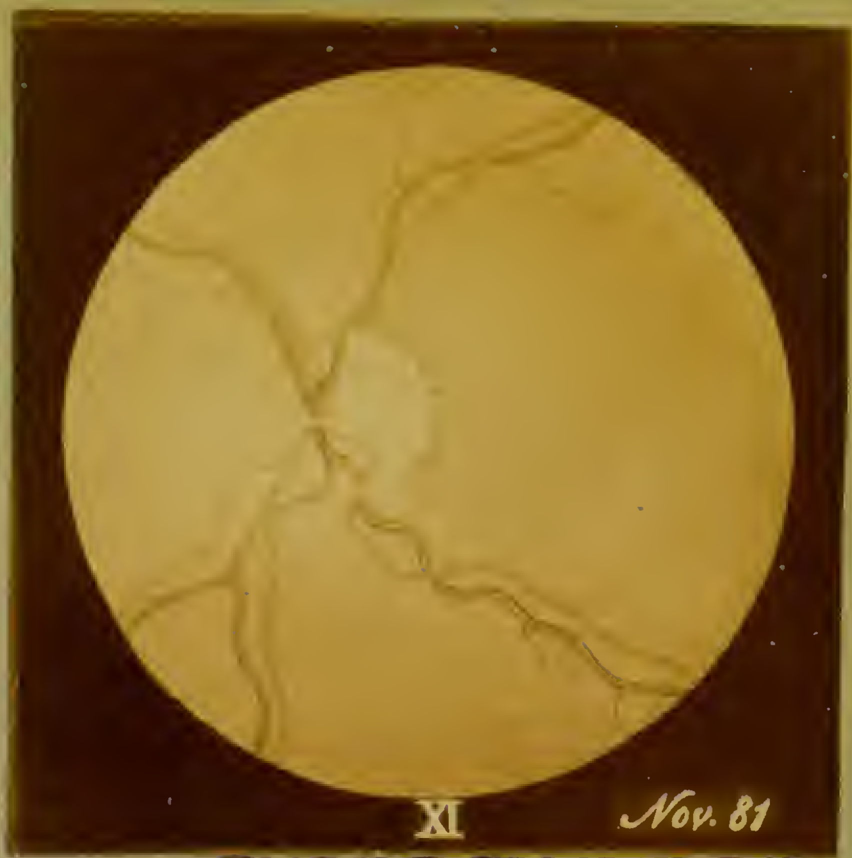
Cette étude clinique offrira donc l'incontestable intérêt de nous mettre à même de constater *de visu* la tournure essentiellement variée que prend une manifestation oculaire de prime abord identique et de prouver comment une même et unique infection aboutit du côté de l'œil à un résultat d'aspect fort divers ; et cela, il faut le reconnaître, sans que le traitement suivi semble exercer une influence notable. Si l'on voulait rechercher la raison de cette diversité dans l'image ophtalmoscopique qui apparaît à une période avancée du mal, peut-être faudrait-il accuser comme cause de la terminaison différente de la chorio-rétinite spécifique dans un cas particulier, une influence diathésique antérieure sur laquelle viendraient se greffer les effets du virus syphilitique.

L'ophtalmoscope, par des examens longtemps répétés sur le même sujet, permet donc ainsi de poursuivre pas à pas les évolutions diverses d'une même maladie sur un organe interne, et la translucidité de la rétine donne à ces études une valeur bien supérieure aux recherches analogues que l'on pourrait pratiquer sur le tégument externe ou les muqueuses.

Imprimeries réunies, B, Puteaux


IX
Decemb. 81


X
Avril 82

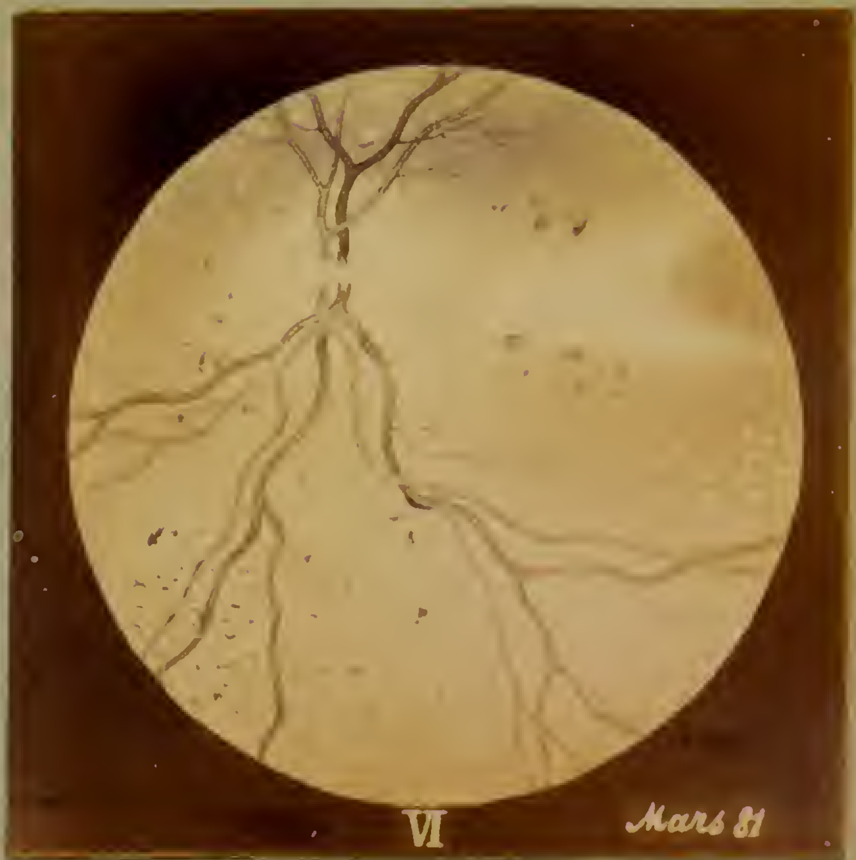

XI
Nov. 81


XII
Octob. 82

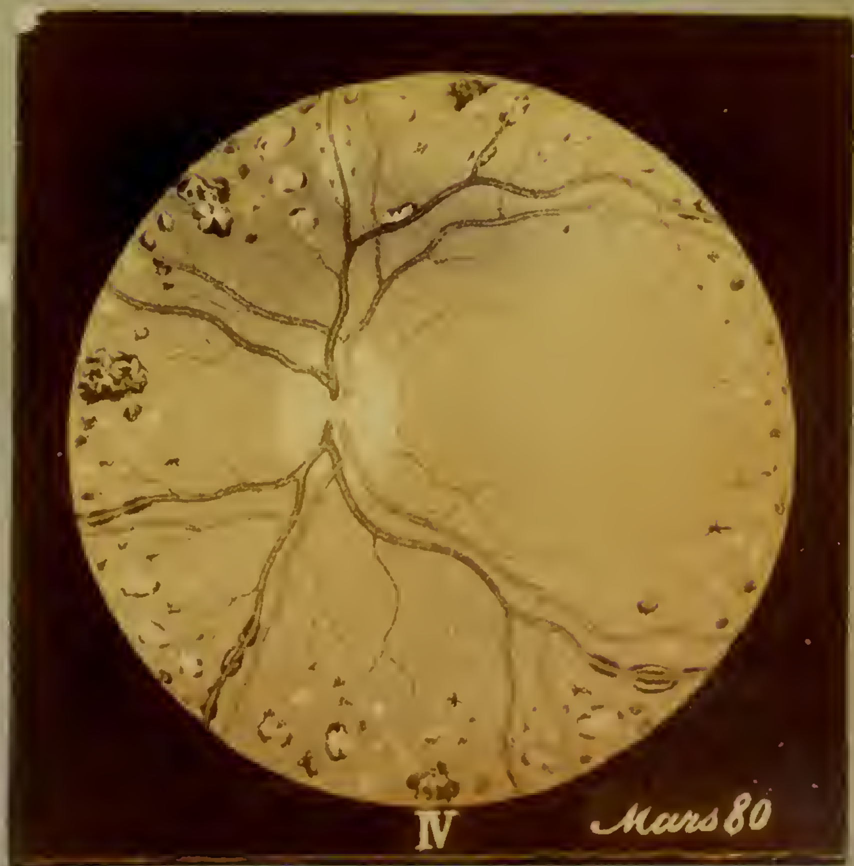

VII
Juillet 73


VIII
Mai 81


V
Nov. 79

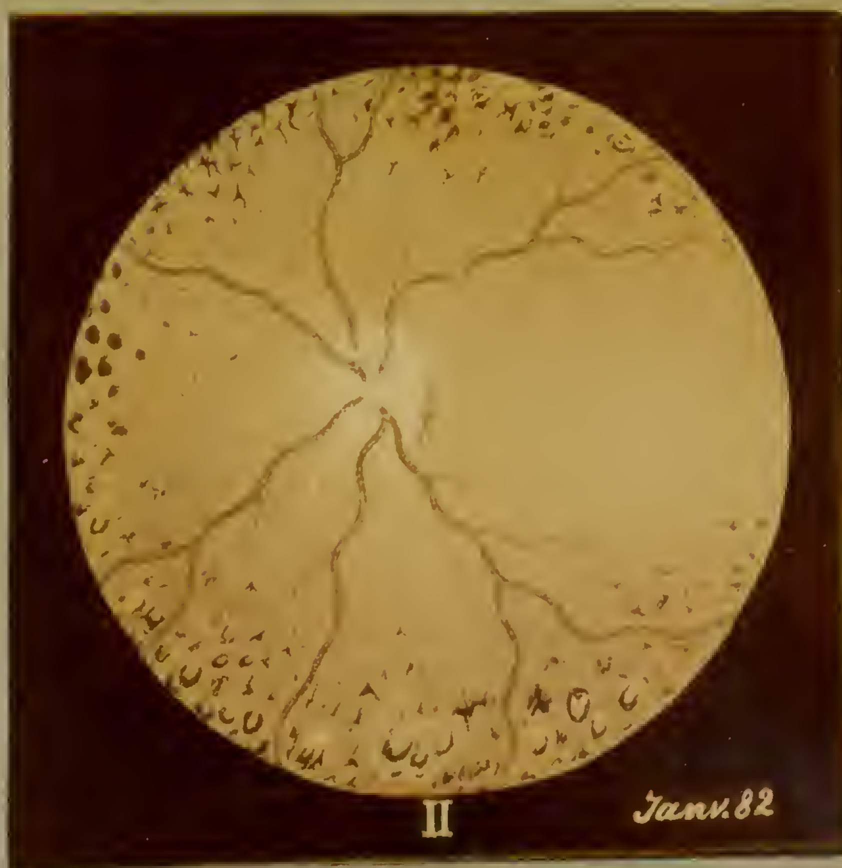

VI
Mars 81


III
Fevrier 72


IV
Mars 80



I Mars 72



II Janv. 82